

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

N°

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 13 novembre 1895, à 1 heure

Par H. LIPSKI

Né le 28 février 1867, à Kalisch (Pologne russe)

DES
COMPLICATIONS OCULAIRES MÉTASTATIQUES
DE LA BLENNORRHAGIE

Président : M. POTAIN, professeur.

*Juges : MM. LANDOUZY, professeur.
NETTER et GILLES de la TOURETTE, agrégés.*

*Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées
sur les différentes parties de l'enseignement médical*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine 15

1895

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553815_0076

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 13 novembre 1895, à 1 heure

Par H. LIPSKI

Né le 28 février 1867, à Kalisch (Pologne russe)

DES

COMPLICATIONS OCULAIRES MÉTASTATIQUES

DE LA BLENNORRHAGIE

Président : M. POTAIN, professeur.

*Juges : MM. { LANDOUZY, professeur.
NETTER et GILLES de la TOURETTE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

45, Rue Racine, 45

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.	LANDOUZY
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERRER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1898, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propos à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POTAIN

Membre de l'Institut
Membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine
Professeur de clinique à la Charité
Officier de la Légion d'honneur

**A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET DE LA FACULTÉ DE PARIS**

MM. LES DOCTEURS :

MARCHAND

Professeur agrégé à la Faculté de médecine
Chirurgien à l'hôpital Saint-Louis

RIGAL

Professeur agrégé à la Faculté de médecine
Médecin à l'hôpital Beaujon
Chevalier de la Légion d'honneur

TENNESON

Médecin à l'hôpital Saint-Louis

LEJARS

Professeur agrégé à la Faculté de médecine
Chirurgien des hôpitaux

BALZER

Médecin de l'hôpital Ricord

TERSON

Chef de clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES FRÈRES, A MA SŒUR

A MA FAMILLE

A MON MEILLEUR AMI ET COLLÈGUE

LE DOCTEUR GUSTAVE HEYMAN

DES
COMPLICATIONS OCULAIRES
MÉTASTATIQUES
DE LA
BLENNORRHAGIE

INTRODUCTION

Le domaine clinique de la blennorrhagie s'est considérablement enrichi dans ces dernières années.

Aujourd'hui que l'idée d'une maladie d'infection générale est intimement liée au mot « blennorrhagie », un grand nombre de manifestations, auxquelles, il y a quelques années encore, on était loin d'attribuer une origine gonorrhéique, y entrent aujourd'hui facilement.

Parmi les différentes complications, auxquelles la blennorrhagie donne souvent lieu, les affections oculaires présentent le plus grand intérêt.

Les relations entre ces deux états morbides sont au-

jourd'hui parfaitement établies et admises par tout le monde.

Presque toutes les parties constituant le globe de l'œil peuvent être prises au cours ou à la suite de la blennorrhagie.

Nous décrirons : la conjonctivite, l'iritis, la dacryoadénite, la ténonite et la névrite optique.

Ces deux dernières viennent à peine d'être entrevues ; l'iritis et la dacryoadénite ont été encore assez rarement signalées, tandis que la conjonctivite est plus connue, mais souvent confondue avec l'ophtalmie purulente, par inoculation directe.

Cette dernière doit être nettement séparée des affections qui nous occupent, qui n'ont rien de commun avec elle, tant au point de vue étiologique et symptomatologique, qu'au point de vue du pronostic et du traitement.

Ce qui caractérise ces différentes affections, c'est qu'elles se développent dans le cours ou à la suite d'une blennorrhagie, sans inoculation oculaire directe. L'affection est souvent mobile, se déplace d'un œil à l'autre, mais toujours bénigne, relativement à la forme purulente, due à l'inoculation directe, et aboutit presque toujours à une guérison complète.

De plus, comme trait caractéristique, il faut noter que ces ophtalmies coïncident le plus souvent, ou bien sont précédées de manifestations articulaires du rhumatisme blennorrhagique.

Il n'est pas impossible d'admettre aujourd'hui, que les accidents oculaires, tout comme les accidents rhumatismaux, ne sont que des accidents toxiques dus aux pro-

duits du gonocoque. Ils ne diffèrent que bien peu en effet des formes si variées des endo-infections oculaires dans beaucoup de maladies infectieuses. Le terrain rhumatisant joue cependant un *rôle capital* dans les accidents blennorrhagiques métastatiques.

Toujours est-il, que la blennorrhagie donne souvent lieu à des complications variées du côté de l'œil, complications, qui souvent coïncident, mais parfois sont précédées ou même suivies, à brève ou à longue échéance, de différentes manifestations du rhumatisme blennorrhagique.

Faire une étude consciencieuse de ces complications de la blennorrhagie et en donner une description aussi exacte que possible, tel est le but de notre travail.

Le sujet de cette thèse nous a été conseillé par MM. les D^{rs} *Balzer*, médecin de l'hôpital Ricord, et *Albert Ter-son*, chef de clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu; ce dernier nous a engagé à grouper à la suite de la description de la conjonctivite et de l'iritis, que nous pensions primitivement traiter seules, l'ensemble des accidents rhumato-blennorrhagiques oculaires, et nous le remercions particulièrement des observations et des conseils qu'il a bien voulu nous fournir.

Que M. le D^r *Balzer* reçoive ici l'expression de notre profonde reconnaissance de nous avoir suggéré l'idée de cette thèse et de nous avoir aidé de ses conseils.

Nous tenons aussi à nous acquitter d'une dette de reconnaissance contractée envers les maîtres qui ont dirigé nos études médicales.

Nous remercions particulièrement M. le D^r *Marchand* ;

nous ne saurions trop l'assurer de toute notre reconnaissance pour l'extrême bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant l'année que nous avons passée dans son service à l'hôpital Saint-Louis. Maintes fois au cours de nos études nous avons eu recours à sa bonté : qu'il nous soit permis de lui en témoigner toute notre reconnaissance.

Que nos maîtres dans les hôpitaux, et en particulier MM. les D^{rs} *Rigal, Tenneson, Lejars*, agrèent l'hommage de notre profonde gratitude pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée et pour les leçons si pleines d'enseignements auxquelles nous sommes tant redevable.

Nous sommes très sensible à l'honneur que nous fait M. le professeur Potain en voulant bien accepter la présidence de cette thèse et lui exprimons le sentiment de notre plus vive gratitude.

CONJONCTIVITE

La conjonctivite blennorrhagique de cause interne dite rhumatismale, était longtemps méconnue, et a été de tout temps confondue avec l'ophtalmie purulente par contagion, dont elle a été considérée comme une forme bénigne. Il faut arriver jusqu'à Abernethy pour la voir enfin différencier de la forme purulente.

Mackensie la décrit sous le nom d'ophtalmie par métastase.

Mais c'est surtout Ricord qui précise les caractères de la maladie.

Boquin, dans sa thèse de 1884, rapporte une observation de conjonctivite rhumato-blennorrhagique précédant de huit jours une attaque de rhumatisme articulaire aigu. La même année Haltenhoff dans « *Archive für Augenheilkunde* » publie un cas de même genre.

Puis M. le professeur Fournier en donne une description magistrale dans sa leçon à l'hôpital Saint-Louis, publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1885.

L'année suivante, nous voyons des publications faites sur ce sujet par MM. Trousseau et Armaignac dans la « *Revue clinique d'oculistique* ».

Le Roy fait, en 1887, une communication à la « Société

de médecine pratique » sur la conjonctivite rhumato-blennorrhagique, où il met en relief, « le peu d'intensité des phénomènes réactionnels, en comparaison des signes objectifs, qui indiquent, au contraire, une vive congestion de la conjonctive, le lien étroit qui la rattache à la blennorrhagie et la coïncidence avec le rhumatisme blennorrhagique ».

En 1888, apparaît la thèse de Fragne sur « la *Conjonctivite blennorrhagique séro-vasculaire sans inoculation* ».

Enfin, M. le professeur Panas publie dans la « *Revue générale de médecine et thérapeutique*, 1894 », une leçon faite à l'Hôtel-Dieu et intitulée. « *Dacryoadénite, iritis et conjonctivite séro-vasculaire d'origine blennorrhagique* ».

De sorte que la conjonctivite blennorrhagique rhumatismale est aujourd'hui une affection classée et bien décrite. La thèse de Fragne qui résume la question nous dispensera d'insister longuement sur cette forme de complication de la blennorrhagie.

La conjonctivite qui nous intéresse doit-être en premier lieu nettement séparée de l'ophtalmie purulente : la contagion est tout à fait étrangère au développement de cette affection. Tandis que l'ophtalmie purulente peut se développer en dehors de toute affection uréthrale du sujet, l'apparition d'une conjonctivite blennorrhagique rhumatismale, au contraire, présume l'existence d'une blennorrhagie. Nous ne croyons donc pas, comme certains auteurs l'ont affirmé (Perrin, Parinaud), que l'ophtalmie purulente grave puisse se développer par simple métastase.

La conjonctivite de cause interne débute insidieusement, se développe rapidement, à la manière d'une affection aiguë, atteint en quelques jours son apogée et finalement se résout. Elle coïncide fréquemment avec différentes manifestations du rhumatisme blennorrhagique, et récidive souvent à propos de plusieurs blennorrhagies successives; elle affecte le plus souvent les deux yeux, rarement elle se borne à un seul.

Les deux yeux peuvent être pris d'emblée, simultanément, ou bien un seul œil est affecté d'abord et l'autre n'est envahi que quelques jours plus tard.

C'est toujours une conjonctivite séro-vasculaire, formée par une injection vasculaire et un chémosis séreux sous-conjonctival. L'œil est rouge, vascularisé, surtout autour de la cornée; la muqueuse du globe de l'œil est épaissie par une infiltration œdémateuse.

Les troubles fonctionnels sont très légers, tout à fait disproportionnés avec l'intensité des lésions objectives; la douleur n'existe presque pas, à peine une légère cuisson ou un peu de prurit oculaire; il en est de même de la photophobie; la sécrétion lacrymale n'est exagérée que dans un degré minime.

Et « c'est précisément ce contraste singulier entre cette forme de conjonctivite et la conjonctivite vulgaire, catarrhale, qui devient dans l'espèce un élément diagnostic révélateur, qui dénonce la spécialité d'origine de cette ophtalmie » (1).

Pour le diagnostic, il est capital de faire l'*examen*

1. Fournier. *Gazette des hôpitaux*, 1885.

bactériologique, dès qu'un cas paraît douteux au point de vue clinique. On trouvera facilement le *gonocoque* dans le pus de l'ophtalmie *purulente par inoculation directe*. Dans la sécrétion de la *conjonctivite métastatique*, au contraire, dans l'immense majorité des cas, *on ne le rencontre pas*.

Dans *un seul cas*, que nous citons ici, on a rencontré le gonocoque. Il s'agit (1) d'un homme de 23 ans. Rien de spécial à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Il contracte une blennorrhagie au mois d'août 1892.

Le 23 septembre de la même année rhumatisme blennorrhagique des articulations du genou, des épaules et du cou-de-pied; en même temps les paupières sont agglutinées des deux côtés, les deux globes oculaires sont légèrement injectés; il existe un peu de larmoiement.

Le 27 septembre le malade entre à l'hôpital Saint-Louis (service de M. le Dr Quinquaud).

Du côté des yeux on remarque une injection très vive de la conjonctive bulbaire et palpébrale de deux côtés. Pas de chémosis. La sécrétion n'est pas très abondante. Pas de lésions cornéennes. Les paupières sont à peine tuméfiées. Les phénomènes subjectifs du côté des yeux sont peu accusés; il existe seulement un peu de cuisson.

Le traitement institué consiste en cautérisations quotidiennes de la conjonctive avec la solution de nitrate d'argent au 1/50.

1. Morax. Thèse Paris, 1894.

Le 10 octobre, on suspend les cautérisations et l'on instille un collyre à l'atropine.

Le 20 octobre, on supprime tout traitement local.

Le 3 novembre, le malade a une nouvelle poussée polyarticulaire, et on constate en même temps une injection très marquée de la conjonctive et de la sclérotique. Presque pas de sécrétion.

Cette nouvelle poussée cède en cinq jours aux instillations d'atropine; et le malade quitte l'hôpital, complètement guéri, le 15 décembre 1892.

L'examen bactériologique de la sécrétion conjonctivale a été pratiqué à trois reprises différentes, le jour de l'entrée du malade, le lendemain et le 3 novembre, au début de la seconde poussée.

Le premier jour on constata des nombreux leucocytes plus ou moins altérés. Quelques-uns d'entr'eux renfermaient dans leur protoplasma des diplocoques, qui ont l'aspect et la disposition caractéristique du gonocoque.

Ces diplocoques ne prennent pas le Gram. Il n'en existe pas en dehors des cellules.

Le lendemain on trouve encore quelques cellules contenant des gonocoques, mais elles sont encore moins nombreuses que la veille.

Le 3 novembre on ne constate sur cinq lamelles que des rares leucocytes. Il est impossible de trouver des microorganismes.

Il semble que le malade, bien qu'il soit impossible de l'affirmer en toute certitude, n'ait pas transporté, *par inoculation digitale ou autrement*, des gonocoques peu virulents, dans son œil même.

Ajoutons que M. A. Terson a cherché (*Ann. de dermatol. et de syph.*, 1893, et à plusieurs autres reprises) le gonocoque dans des cas de conjonctivite rhumato-blennorrhagique, et ne l'y a jamais rencontré.

Cette question si intéressante nécessite donc encore de nouvelles recherches.

La résolution et la guérison complète, absolue, sans reliquats, est le seul mode de terminaison de la conjonctivite blennorrhagique métastatique. Notons seulement que les récives sont loin d'être rares, sans parler des recrudescences, qui sont communes.

Le pronostic est donc bénin, et l'intervention des plus simples.

Il faut se garder de tout traitement actif contre la conjonctivite blennorrhagique de cause interne, séro-vasculaire; une intervention énergique devient même nuisible dans ces cas-là.

Des lavages, des pulvérisations et des compresses trempées dans du liquide antiseptique, employées concurremment avec des conserves enfumées, pour éviter le grand jour, constituent tout le traitement de la conjonctivite blennorrhagique séro-vasculaire.

OBSERVATION I

De M. le Dr Trousseau dans la thèse de Fragne, 1888.

Blennorrhagie, Conjonctivite double.

M. L..., 28 ans. Antécédents. Douleurs articulaires fréquentes; eczéma. Pas d'attaque de rhumatisme aigu. Quatre ans

auparavant a eu sa première blennorrhagie, au cours de laquelle s'est déclarée une ophtalmie que son médecin a guérie avec des compresses chaudes d'infusion de camomille (il s'agissait certainement d'une conjonctivite séro-vasculaire).

24 avril 1886. — Depuis six jours, l'œil droit s'est progressivement injecté, sans phénomène douloureux autre qu'une légère cuisson.

Au moment de l'examen, les paupières étaient normales, ne présentaient pas le moindre gonflement, l'œil ne sécrétait pas, quoique collé le matin.

Le malade n'éprouvait qu'une faible douleur ; la lumière du jour ne l'incommodait pas. Ni larmoiement, ni blépharospasme. La conjonctive bulbaire était fortement vascularisée, et un chémosis séreux intense entourait en demi-lune la partie externe et inférieure de la cornée. La conjonctive palpébrale supérieure ne présentait aucune trace d'injection ; la conjonctive palpébrale inférieure était plus rouge que normalement.

Le sujet est en possession d'une blennorrhagie depuis vingt jours.

Application de compresses d'eau boriquée.

Au bout de dix jours, il ne restait plus qu'une minime injection conjonctivale lorsque l'autre œil fut pris. La conjonctivite fut sur l'œil gauche ce qu'elle avait été sur l'œil droit et dura 18 jours.

OBSERVATION II

De M. Basset dans les *Archives de Dermatologie et de Syphilographie*, 1886, résumée dans la Thèse de Fragne, 1888.

Blennorrhagie. Conjonctivite et arthropathies à récurrence.

X..., malade traité dans le service de M. le professeur Fournier.

Novembre 1876. — Première blennorrhagie avec conjonctivite double intense. Le rhumatisme apparaît après la conjonctivite.

Février 1877. — Réapparition de la blennorrhagie, du rhumatisme, de la conjonctivite.

Mai 1879. — Autre blennorrhagie, et avec elle conjonctivite double et rhumatisme.

Mars 1880. — Quatrième blennorrhagie. Au cours de cet écoulement deux atteintes successives de conjonctivite d'une durée totale de 40 jours.

Avril 1882. — Rechute de blennorrhagie ; les yeux sont rouges et larmoyants pendant trois semaines. Le rhumatisme fut grave et complexe ; hydarthrose du genou, articulation sternoclaviculaire gauche et temporo-maxillaire, articulations des vertèbres cervicales et des orteils, etc., etc.

IRITIS

La connaissance exacte de l'iritis blennorrhagique ne remonte pas bien loin.

Avant Laurence les auteurs ne parlent que de l'ophtalmie gonorrhéique, et c'est très probablement de la conjonctivite purulente seule qu'il est question. C'est Laurence, qui, le premier, dans son *Traité des maladies des yeux*, met en relief l'influence de la gonorrhée sur l'inflammation de l'iris. Mais l'histoire complète de cette affection a été tracée d'une main magistrale par Mackensie (1). Rollet en 1858, dans ses *Nouvelles recherches sur le rhumatisme blennorrhagique*, montre, que cette forme d'iritis est non-seulement une complication de la blennorrhagie, mais qu'elle est, en outre, l'une des manifestations fréquentes du rhumatisme blennorrhagique, au même titre que l'arthrite.

M. Galezowski, dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1867, rapporte un cas d'iritis lié à la blennorrhagie.

MM. Fournier et Peter (2) montrent que l'iritis, aussi bien que le rhumatisme blennorrhagique, laisse dans

1. *Traité des maladies de l'œil*, 1857.

2. Discussion à la Société médicale des hôpitaux, 1867.

l'organisme une prédisposition à des récides à chaque blennorrhagie nouvelle.

Mais une nouvelle contagion blennorrhagique est loin d'être toujours nécessaire pour qu'une iritis réapparaisse.

Dans quelques cas, dit Mackensie, il survient, sans nouvelle gonorrhée, une seconde et une troisième attaque des articulations et de l'œil.

Ricord dit avoir observé des iritis blennorrhagiques sans arthrite et qui, pourtant récidivaient à des périodes différentes.

Mengin, dans le *Recueil d'ophtalmologie* de 1880, publie un cas intéressant d'iritis blennorrhagique, survenue plusieurs mois après une ophtalmie purulente.

Bückers, dans *Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, 1886, publie une observation d'iritis et d'irido-cyclite tardive et à récide.

Despagnet, dans le *Recueil d'ophtalmologie* de 1888, nous rapporte une observation d'iritis blennorrhagique avec hypopyon et sans arthrite ; et un autre cas précédant de quelques jours l'arthrite.

Morax, dans les *Annales d'oculistique* de 1893 en publie un cas analogue.

M. Panas, dans la « *Revue générale de clinique et de thérapeutique* » de 1894, publie un cas d'iritis blennorrhagique compliquée de conjonctivite et de dacryoadénite. Et enfin Zimmermann dans « *Klin. Monatsbl. für Augenh.* » 1895 et Morax dans les « *Annales d'oculistique* » 1895, publient deux observations d'irido-choroïdite

suppurative d'origine blennorrhagique et terminées par résolution.

Il est à remarquer que presque toutes ces observations concernent des hommes. Les auteurs sont ainsi amenés à conclure à la rareté de cette affection chez la femme. Nous croyons, avec M. A. Terson, qu'un certain nombre d'ophtalmies, observées chez des femmes, et qualifiées par quelques auteurs de métritiques (1) ne seraient autre chose que des iritis et des conjonctivites blennorrhagiques.

L'inflammation de l'iris revêt différentes formes. Nous étudierons, au point de vue clinique, quatre variétés principales d'iritis : l'iritis plastique, purulente, hémorrhagique et séreuse.

Qu'elle soit plastique, séreuse, purulente ou même hémorrhagique, l'iritis *blennorrhagique*, dans chacune de ces formes, a les symptômes classiques de ces diverses variétés. Nous passerons donc rapidement sur la symptomatologie.

L'iritis *plastique* serait une variété extrêmement *rare*, ce qui caractérise principalement cette variété d'iritis, c'est la rapidité d'organisation des exsudats iritiques ; elle a une tendance très marquée aux récidives. Aussi est-il de toute nécessité de procéder dès le début à des instillations d'atropine, afin de prévenir ou de combattre au plus tôt l'occlusion de la pupille ; à moins d'exagération du tonus, car alors elles pourraient provoquer des accidents glaucomateux.

1. Trousseau. *Soc. fr. d'ophtalm.*, 1890, et De Wecker, *Sem. médic.*, 1891.

L'iritis *hémorrhagique*, dont on trouvera plus loin l'observation, unique dans la science, à notre connaissance, se caractérise par l'apparition brusque et la résorption rapide des caillots fibrineux.

La forme *purulente* se caractérise par l'infiltration purulente du tissu irien, et par un épanchement du pus dans la chambre antérieure. C'est une variété rare, quoique plus fréquente que la précédente. Despagnet et Morax rapportent des observations de ce genre.

L'iris est tuméfié, gonflé, ressemble à une véritable tumeur, fortement hyperhémiee, de la coloration jaunâtre ou brun jaunâtre. L'humeur aqueuse est trouble, louche ; enfin il se montre du pus dans la chambre antérieure : c'est l'iritis à hypopyon.

Dans le cas d'exsudation abondante, il peut y avoir obstruction de la pupille, effacement de la chambre antérieure et accollement de la surface postérieure de l'iris à la cristalloïde.

Habituellement il y a sécrétion muco-purulente et production d'un chémosis. Les douleurs vives au début se calment peu à peu.

Mais de toutes les variétés d'iritis d'origine blennorrhagique, c'est la *variété séreuse* qui est la plus fréquente, et c'est elle que nous avons rencontré dans nos observations personnelles.

L'inflammation oculaire est assez vive au début ; elle commence par la rougeur de la sclérotique et de la conjonctive, avec injection radiée péri-kératique ; la cornée est intacte, transparente ; il se produit du larmolement et

de la photophobie; il n'y a pas de sécrétions muco-purulentes.

Bientôt il se produit un trouble marqué de la membrane, qui tapisse la face postérieure de la cornée; de là, l'inflammation gagne la surface antérieure de l'iris, qui perd sa coloration naturelle; il y a, comme l'a si bien dit M. le professeur Fournier, un aspect nuageux et comme enfumé de la chambre antérieure, ce qui doit être rapporté à ce que l'humeur aqueuse est troublée par des sécrétions morbides; la vue est légèrement confuse; les objets paraissent comme enveloppés d'un nuage; il n'y a pas de douleurs, à part une sensation de gêne dans l'œil, une sensation particulière de chaleur et de pesanteur. C'est cette phase de l'affection que M. Fournier a appelé « aquo-capsulite. » Mais bientôt la pupille se rétrécit, ses mouvements deviennent paresseux, incomplets ou même sont abolis, et la vision devient obscure; l'épanchement abondant de lymphe remplit rapidement la pupille. Il se produit une violente douleur dans l'œil et autour de lui, dans la région sourcilière, une douleur lancinante, avec larmolement et photophobie marquée; parfois on observe un œdème sous-conjonctival ou un chémosis.

En général, l'iritis blennorrhagique disparaît, avec un traitement approprié, avec une assez grande rapidité et sans laisser des synéchies. Dans le cas où l'affection est abandonnée à elle-même, la pupille reste contractée; il se produit des synéchies, et on en observe constamment des traces sur la capsule et près du bord pupillaire.

Il est toutefois à remarquer que ces traces peuvent disparaître à la longue.

Ce qui est à craindre, c'est de voir l'inflammation gagner la choroïde, surtout la partie antérieure de cette membrane. Il se développe alors une irido-cyclite, qui peut revêtir la forme suppurative. Chose fort remarquable, *la guérison* à peu près complète a pu être plusieurs fois observée, malgré la suppuration intra-oculaire. Les deux observations que nous citons ici, contiennent les détails étiologiques et symptomatologiques les plus précis à ce sujet (Morax, *Ann. d'ocul.*, 1895).

OBSERVATION III (résumée par Morax).

(Zimmermann. *Klin. Monatsbl. f. Aug.*, 1894).

Irido-choroïdite suppurative blennorrhagique.

Le malade, un matelot, âgé de 29 ans, a été atteint, à trois reprises différentes, de blennorrhagie uréthrale. Trois semaines après la deuxième atteinte, il a présenté un rhumatisme blennorrhagique polyarticulaire, qui l'a tenu alité pendant quatre mois et demi. La troisième atteinte, qui s'est produite il y a 3 ans, fut aussi suivie de troubles articulaires d'une durée de 2 mois. Actuellement, il y a un rétrécissement urétral. Zimmermann ne nous dit pas s'il existe de l'urétrite chronique.

Le 10 octobre 1894. — L'œil droit devient sensible et injecté. Le lendemain, les paupières sont tuméfiées; les phénomènes douloureux augmentent, déterminant une insomnie complète.

Le 15 octobre. — L'examen ophtalmoscopique fait constater un gonflement très marqué des paupières, du chémosis conjonc-

tival; la cornée est un peu trouble, l'iris est décoloré, la pupille est contractée, elle est le siège d'un exsudat grisâtre. Un hypopyon léger occupe la partie inférieure de la chambre antérieure. La tension oculaire est normale. On n'éclaire pas le fond de l'œil. Le malade perçoit à peine les mouvements de la main à quelques centimètres de l'œil.

On instille de l'atropine et on fait une injection sous-conjonctivale d'un dixième de milligramme de sublimé.

Dès le lendemain, il se produit une amélioration considérable. Le malade compte les doigts à 5 mètres. L'hypopyon s'est résorbée la pupille est dilalée; on n'éclaire pas encore le fond de l'œil.

Les douleurs ont diminué, mais la pression sur la région ciliaire est encore sensible. L'amélioration persiste le surlendemain 17 octobre.

Le 18 octobre. — L'état s'est aggravé, le malade ne compte plus les doigts; les douleurs et l'insomnie ont reparu. On reprend à partir de ce jour, les injections sous-conjonctivales de sublimé, les instillations d'atropine, et le salicylate de soude à l'intérieur.

Le 22 octobre. — L'amélioration est manifeste et va en s'accroissant les jours suivants.

Le 27 octobre. — On commence à percevoir le fond de l'œil.

Le 4 novembre. — On pratique la onzième injection sous-conjonctivale. L'acuité visuelle est alors de 1/15.

Le 3 décembre. — Il ne reste plus que quelques synéchies et des dépôts pigmentaires sur la capsule antérieure. Les exsudats du corps vitré ont complètement disparu.

Le 8 décembre. — L'acuité est absolument normale (1).

1. Notre travail était sous presse, lorsque nous avons eu connaissance d'une observation de M. Coppes fils, publiée dans la « *Revue*

OBSERVATION IV

(Morax, *Annales d'oculistique*, 1895).

Irido-choroïdite suppurative blennorrhagique.

M. M..., 43 ans, habitant Clichy, se présente le 13 mars 1895 à la Clinique du Dr Parinaud, se plaignant de perte de la vision de l'œil gauche. Nous constatons un gonflement assez marqué des paupières que le malade entr'ouvre très difficilement. La cornée est un peu trouble, et la conjonctive présente un fort degré de chémosis.

L'iris est légèrement décoloré, épaissi.

La pupille est contractée. Un hypopyon peu abondant occupe la partie inférieure de la chambre antérieure.

Le corps vitré est complètement trouble et l'on ne parvient pas à éclairer le fond de l'œil. La pression sur le globe oculaire est douloureuse, la tension est normale.

Le malade est atteint d'irido-choroïdite suppurative. Quant à l'étiologie de cette affection, voici ce que nous apprennent ses antécédents :

Le malade a toujours eu une santé générale assez bonne. A 26 ans, il a contracté sa première blennorrhagie, qui a guéri en quelques semaines, sans complications.

A l'âge de 41 ans, deuxième blennorrhagie qui, cette fois, se complique, un mois après le début, de rhumatisme blennor-

générale d'ophtalmologie. » Il s'agit d'un cas d'irido-choroïdite suppurative blennorrhagique, analogue à celui cité plus haut et ayant eu une terminaison très favorable.

rhagique polyarticulaire d'abord, puis localisé aux articulations tibio-tarsiennes, qui l'oblige à rester alité pendant trois mois. Quelques semaines après sa sortie, une rechute le ramène à l'Hôtel-Dieu.

Le salicylate de soude et le salol ont été sans action sur les phénomènes articulaires.

Depuis deux ans, le malade n'a pas eu de nouvelles poussées aiguës articulaires, mais il se plaint de temps à autre de douleurs passagères dans les articulations de phalanges.

Il a conservé de sa dernière blennorrhagie un rétrécissement urétral et une urétrite chronique blennorrhagique. Il a remarqué de temps en temps la réapparition d'un léger écoulement matinal.

Le trouble oculaire actuel a débuté le 2 mars 1895. Au réveil, l'œil était injecté et, dans la journée, la vision s'est troublée considérablement.

Ce trouble paraît avoir débuté sans cause provocatrice, bien que le malade l'attribue à un coup reçu 8 jours auparavant sur la région temporo-pariétale gauche.

En même temps que la perte de l'acuité visuelle le malade a ressenti de violentes douleurs au niveau de l'œil, du front et des tempes. Pendant cinq nuits consécutives il n'a pas dormi, puis les phénomènes douloureux ont été moins continus, mais la vision n'a pas reparu. C'est pour cette raison qu'il vient consulter.

Au point de vue étiologique, on était en droit de supposer une irido-choroïdite blennorrhagique et d'établir un pronostic favorable.

On prescrit un collyre à l'atropine et du calomel à l'intérieur.

Le lendemain du jour où le malade s'est présenté à la clinique, les phénomènes douloureux ont disparu et la vision a commencé à s'améliorer légèrement. Le surlendemain, la perception visuelle s'était notablement améliorée et, depuis lors,

elle n'a fait que s'accroître. L'hypopion se résorbe en même temps et la pupille se dilate assez bien.

Voici ce qu'on note le 19 mars : le gonflement palpébral a disparu, ainsi que le chémosis. Il ne persiste qu'un très léger degré d'injection périkeratique. La pupille est dilatée. Quelques synéchies et quelques dépôts pigmentaires sur la capsule antérieure. On éclaire le fond de l'œil, mais les détails en sont encore peu nets, par suite du trouble du vitré. La tension est normale. La pression sur la région ciliaire est encore un peu douloureuse. Le malade compte les doigts à 4 mètres.

Le traitement suivi a consisté uniquement en instillations d'atropine.

Le malade n'a pris que deux cachets de calomel de 0,05 centigrammes.

Le 23 mars. — Le malade se sent fort bien et n'accuse plus aucun phénomène douloureux. Le trouble du corps vitré s'est très notablement éclairci. L'acuité visuelle est de 5/35.

Le 6 avril. — L'acuité visuelle s'était même notablement améliorée : $V=5/15$.

Depuis cette époque, nous n'avons malheureusement pas revu le malade, et il ne nous a pas donné de ses nouvelles.

Il faut remarquer, comme l'a fait très bien observer Morax, que le traitement n'a été que peu actif dans les deux cas signalés, et qu'en somme, « cette irido-choroïdite suppurative, qui s'observe au cours de la blennorrhagie chronique, est essentiellement bénigne et que la terminaison naturelle est la guérison. Au point de vue clinique, cette forme présente donc des caractères évolutifs très spéciaux » (Morax).

L'iritis blennorrhagique s'observe habituellement sur un seul œil ; quelquefois le même œil est atteint à diverses

reprises ; d'autre fois un œil est d'abord atteint, puis l'autre l'est à une nouvelle attaque. Rarement les deux yeux sont pris à la fois.

C'est surtout dans l'iritis blennorrhagique récidivée qu'il se forme des synéchies et que la pupille reste irrégulière et contractée, et la vision altérée parfois d'une manière persistante.

Ces récurrences sont assez fréquentes ; et chaque fois que le malade contracte une gonorrhée, il est pris d'une attaque d'arthrite et d'iritis, ou de l'une d'abord, puis de l'autre ensuite. Parfois on voit des récurrences sans que le malade ait contracté une nouvelle gonorrhée ; surtout lorsqu'il s'expose au froid ou soumet l'œil à un exercice prématuré.

M. A. Terson nous a signalé également la variété spéciale que peut présenter l'iritis blennorrhagique. Dans les deux observations qu'il nous a confiées et qu'on trouvera plus loin, les malades ont été atteints d'une blennorrhagie qui a entraîné un rhumatisme articulaire, *sans accidents oculaires*. La blennorrhagie a guéri, sans laisser *la moindre goutte militaire*, — et c'est *plusieurs mois plus tard*, que, *sans aucune récurrence blennorrhagique*, l'iritis apparaît, même *sans nouveaux accidents articulaires*. Il s'agit donc là d'une forme *tardive, dissociée*, en quelque sorte, de l'iritis engendrée par un état général rhumatismal, que la blennorrhagie a fait naître. Il en est peut-être de même pour certaines choréïdites.

Quelle que soit la variété de l'iritis, le pronostic est en général favorable, malgré l'intensité quelquefois très grande des accidents inflammatoires. Quand l'affection

est bien traitée et à temps elle laisse rarement des traces sérieuses à son passage.

Avant tout, il est nécessaire de guérir, chez l'homme et chez la femme, toute trace de blennorrhagie chronique.

Le salicylate de soude et de lithine est à prescrire dans les cas de complications articulaires, quoique son efficacité est ici à discuter.

Les mydriatiques, le sulfate d'atropine à 0,05/10, la cocaïne au 1/20 et la scopolamine à 1/500, ces deux dernières souvent combinées, sont du meilleur effet. Ce traitement doit être, avant tout autre, rigoureusement observé et employé pendant un certain temps, même après la disparition des phénomènes inflammatoires, afin de détruire les synéchies anciennes.

Les insomnies et la douleur seront combattues par le chloral, la morphine et l'application des sangsues sur la tempe ou derrière les oreilles.

OBSERVATION V

(Dûe à M. le Dr A. Terson).

Iritis tardive blennorrhagique.

M. C..., interne des Hôpitaux, vient consulter le Dr Terson en septembre 1894 pour une iritis à l'œil droit.

Le malade a eu au mois de mai une blennorrhagie, suivie au bout de trois semaines d'arthrite des genoux, qui a entraîné un séjour au lit de plusieurs mois.

La blennorrhagie a complètement guéri à la fin de juin, et il n'y a plus aucune trace d'écoulement ; quant au rhumatisme il

est actuellement absolument guéri, et le malade marche sans aucune raideur articulaire.

Les antécédents du malade sont très intéressants : grand père rhumatisant, et le père, rhumatisme blennorrhagique.

M. Terson constate la présence d'une *iritis plastique* légère, qu'il n'hésite pas à rattacher à la blennorrhagie antérieure.

Le traitement a consisté dans : l'instillation deux fois par jour de cocaïne à 1/20 et de bromhydrate de scopolamine à 1/500.

Une synéchie supérieure a persisté pendant une semaine, puis elle a cédé.

On maintient la pupille dilatée, malgré la diminution rapide de la douleur et de la rougeur, pendant 25 jours ; après quoi on a cessé les instillations et 10 jours après, la pupille, parfaitement ronde, a repris une mobilité complète et une vision normale. Ajoutons que le malade prenait 2 grammes de salicylate de soude par jour.

OBSERVATION VI

(Recueillie par M. le Dr A. Terson).

Iritis rhumato-blennorrhagique tardive.

Il s'agit du nommé G..., âgé de 36 ans, garçon de laboratoire, Pas de rhumatisme dans la famille. A l'âge de 2 ans fistule lacrymale. Le malade a conservé une fistule capillaire, qui ne donne pas de pus. Fatigues et refroidissements fréquents, jusqu'à l'âge de 23 ans, mais *jamais de rhumatisme*.

A la fin de 1893, blennorrhagie ayant duré six mois ; à partir de cette époque, il *n'y a plus eu trace d'écoulement urétral*.

Rhumatisme le deuxième mois après la blennorrhagie ; successivement toutes les articulations des membres supérieurs et inférieurs sont prises.

Depuis cette époque, les attaques de rhumatisme reparaissent tous les hivers.

Le 9 septembre 1894, alors qu'il n'y avait plus depuis environ six mois de nouvelle attaque de rhumatisme, le malade fait une promenade en bateau, va jusqu'à Saint-Cloud ; le soir même, il ressent une douleur dans l'œil gauche.

Le surlendemain, le malade consulte M. Terson, qui constate *plusieurs synéchies iriennes*.

Instillation trois fois par jour de cocaïne au 1/20, suivie d'instillation de bromhydrate de scopolamine à 1/500 ; bandeau flottant.

Les douleurs diminuent rapidement au bout de trois jours d'application de ces collyres.

A l'exception des synéchies supérieures, toutes les autres ont cédé, et la pupille a la forme d'un rein.

Enfin, trois jours après, la dernière synéchie cède à son tour, sous le même traitement.

L'instillation des collyres est continuée pendant trois semaines.

La pupille est dilatée pendant tout ce temps au maximum.

Après cette époque, la rougeur et la douleur ayant complètement disparu, et les synéchies ne s'étant pas renouvelées, on cesse tout traitement.

La guérison absolue s'est maintenue depuis. La vision est excellente.

Etant donné que dans les attaques antérieures du rhumatisme chez ce malade, on avait constaté l'absolue inefficacité des médicaments pris à l'intérieur, M. Terson s'est abstenu de donner le salicylate et l'iodure.

La guérison de cette iritis de moyenne intensité a été néanmoins intégrale, et il faut remarquer l'action sédative et très efficace de la combinaison des collyres à la cocaïne et la scopolamine.

OBSERVATION VII (résumée).

(Communiquée par M. le professeur Panas).

Iritis hémorragique.

M. X..., âgé de 35 ans, contracte une blennorrhagie qui se complique bientôt du rhumatisme blennorrhagique. Presque toutes les articulations des membres sont atteintes, de sorte que le malade est, pour ainsi dire, cloué au lit, et ne peut pas bouger. Peu après survient une endocardite.

Trois mois après le malade est pris d'une iritis hémorragique droite; un caillot fibrineux remplit la moitié de la chambre antérieure. Les douleurs oculaires et circum-orbitaires sont très prononcées. M. Panas institue comme traitement : instillation d'atropine et trois sangsues à la tempe droite. Le malade est peu soulagé; mais dans la nuit l'hémorragie se reproduit et soulage beaucoup le malade. M. Panas insiste particulièrement sur l'effet sédatif des saignées profuses dans des cas pareils.

Le malade a complètement guéri, sans aucune synéchie, ce qui prouve que c'était là une iritis séreuse plutôt que plastique; la vue est parfaite.

Comme vestige de l'endocardite est restée une insuffisance aortique.

OBSERVATION VIII (personnelle).

Conjonctivite double, iritis gauche.

Léon B., âgé de 19 ans, de constitution faible, anémique, ne présentant pas d'antécédents pathologiques ni héréditaires, ni personnels, contracte une blennorrhagie, la première, le 25 juin 1895.

Pendant trois semaines, le malade fait chez lui un traitement *ad hoc*.

Ne voyant pas d'amélioration, il entre, le 13 juillet, à l'hôpital Ricord, service de M. le Dr Bazzer.

A l'examen du malade on constate une urétrite intense, herpès du gland et du prépuce ; en même temps dysurie et hématurie ; en outre le malade se plaint de douleurs rhumatismales du genou gauche et des articulations métatarso-phalangiennes des deux gros orteils, douleurs qui remontent déjà à 5-6 jours.

D'autre part, apparaissent des troubles oculaires. A l'examen, les paupières ne sont pas enflées ; le malade éprouve dans les deux yeux une sensation de brûlure. La cornée n'est pas enflammée ; tout autour d'elle, la conjonctive, injectée et gonflée, forme un bourrelet œdémateux ; il y a une sécrétion de sérosité un peu épaisse, mais non franchement purulente. Il y a, en un mot, une conjonctivite rhumato-blennorrhagique double assez intense.

Le 26 juillet. — Le malade éprouve des douleurs circum-orbitaires assez intenses du côté gauche ; il se produit du larmoiement et de la photophobie prononcée. On constate une injection

périkératique, la pupille est irrégulière; pas de synéchies, l'humeur aqueuse est un peu trouble, mais pas d'hypopyon. Le malade ne voit presque rien de cet œil.

Le patient est soumis aux instillations d'atropine matin et soir 2 gouttes; salicylate de soude 4 grammes par jour; et, le 10 septembre 1895, il sort de l'hôpital complètement guéri.

OBSERVATION IX (personnelle).

Iritis gauche.

Auguste V..., âgé de 21 ans, maître nageur, dont la mère est rhumatisante, contracte le 1^{er} août 1895 une blennorrhagie, la première.

Pendant 6 semaines il se soigne chez lui par du copahu et des injections d'eau boriquée. L'écoulement se tarit, et le malade se croit déjà guéri, quand, le 7 septembre, il est pris de douleurs rhumatismales de l'articulation tibio-tarsienne gauche. Le lendemain la douleur se propage à l'articulation coxo-fémorale, et quelques jours après il ressent une douleur le long du trajet du nerf sciatique du même côté, constituant une sciatique gauche.

Le malade se décide alors à entrer dans le service de M. le Dr Balzer à l'hôpital Ricord, d'autant plus que depuis quelques jours déjà il souffre des douleurs, des picotements dans l'œil gauche.

A l'examen de l'œil, on voit la conjonctive un peu injectée, un cercle périkératique de faible intensité; l'ouverture pupillaire contractée, sans être déformée; l'iris est modifiée dans sa coloration; tous ses mouvements sont abolis; la vision est troublée;

dans la chambre antérieure, on constate l'existence d'un nuage, il y a en même temps des douleurs intenses dans l'œil, du larmoiement avec photophobie.

Soumis au traitement par des instillations d'atropine, et au salicylate de soude à la dose de quatre grammes par jour, le malade était en bonne voie de guérison, quand le 28 septembre il quitte, sur sa demande, l'hôpital. Nous n'avons plus revu le malade.

OBSERVATION X (personnelle).

Conjonctivite double, iritis gauche

Alexandre B..., 39 ans, garçon de café.

Grand père rhumatisant.

Un oncle paternel gouteux.

Lui-même a de temps en temps des douleurs rhumatismales vagues.

Contracte une blennorrhagie le 20 juin 1895. Huit jours après, il ressent une douleur dans les deux chevilles, se soigne chez lui.

Comme son état est loin de s'améliorer, il entre le 16 juillet 1895, à l'Hôtel-Dieu, service de M. le Dr Marie.

Malgré le repos, auquel le malade est condamné et les deux grammes de salol, qu'il prend quotidiennement, un mois après son entrée à l'hôpital il a une poussée de rhumatisme blennorrhagique, qui atteint d'abord les deux genoux et surtout le genou gauche, puis à la fin du mois d'août, le coude, l'épaule et l'articulation temporo-maxillaire gauche sont pris.

En même temps les yeux sont atteints : pendant huit jours le

malade ressent des élancements dans la région temporale et circumorbitaire gauche, qui l'empêchent de dormir, il a du larmoiement et de la photophobie assez prononcée, la vue est troublée, et le deux septembre M. Terson, à l'examen de l'œil, constate une conjonctivite métastatique des deux côtés avec une violente iritis séreuse du côté gauche.

On prescrit des instillations d'atropine à 0.05/10 et salol à la dose de deux grammes par jour ; et le 19 octobre le malade part en convalescence pour Vincennes.

OBSERVATION XI

(Despagnet, *in Recueil d'ophtalmologie*, 1888).

Blennorrhagie. Rhumatisme aigu de l'articulation du poignet gauche.

Iritis droite.

M. M..., garçon épicier, âgé de 26 ans, demeurant à Paris, contracte une blennorrhagie, dont les premiers symptômes se sont déclarés il y a une douzaine de jours, lorsqu'il se présenta à la consultation de mon éminent maître, M. le Dr Galezowski. Depuis quatre jours, c'est-à-dire une semaine après le début de l'écoulement urétral, il est pris subitement de douleurs violentes de la région péri-orbitaire droite, en même temps que l'œil du même côté devient le siège d'une inflammation intense. Pendant deux jours il se contente d'appliquer sur l'œil des compresses imbibées d'une solution que lui a donné le pharmacien son voisin. Mais la douleur persistant aussi vive, il se présente à notre consultation.

L'œil, comme nous venons de le dire, est le siège d'une congestion violente, la cornée est transparente, la chambre anté-

rieure nuageuse, trouble ; l'iris devenu très foncé, a sa pupille légèrement grisâtre, opalescente, rétrécie, mais sans synéchies. La photophobie est vive et le larmoiement très abondant par crises. Notre malade, bien que ne souffrant dans aucune autre partie de son organisme, présente un aspect défavorable. Il est maigre, peu vigoureux. Il passe la plupart de ses journées occupé dans la cave de son épicerie, qui est humide, peu aérée ; enfin les conditions hygiéniques dans lesquelles il se trouve sont défavorables. Cependant il ne présente aucune trace de scrofule. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Les articulations sont saines. On lui prescrit l'application de cinq sangsues à la tempe droite, les instillations d'un collyre d'atropine à 0,05/10 et les frictions sur le front et la tempe avec l'onguent napolitain belladonné. Quatre jours après, l'état de son oeil s'est légèrement amélioré, mais l'articulation du poignet gauche est devenue gonflée, douloureuse. Les mouvements sont extrêmement pénibles et difficiles. Il y a une arthrite. Son médecin immobilise le poignet en l'entourant d'un manchon ouaté. On continue quant à l'œil le même traitement et on prescrit à l'intérieur du salicylate de soude à la dose de 3 grammes par jour. Il va sans dire que pendant tout ce temps le malade continuait un traitement spécial de son uréthrite qui lui avait été prescrit à l'hôpital Saint-Louis.

La guérison de l'iritis ne survint que trois semaines après.

Le poignet n'était pas encore libre de ses mouvements.

OBSERVATION XII

(Despagnet, *id.*).

Blennorrhagie.

Iritis récidivante, avec hypopyon et sans arthrite.

Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans, commis en nouveautés, qui se présente en octobre 1884 à la clinique de la rue Dauphine avec une iritis violente de l'œil gauche compliquée d'hypopyon. L'œil est fortement injecté, la cornée est transparente ; l'humeur aqueuse est trouble, floconneuse, et la chambre antérieure présente en bas une petite masse blanchâtre s'élevant à environ 15 dixièmes de millimètre au-dessus du bord transparent de la cornée. La pupille est contractée, trouble et présente une légère déformation dans son bord inférieur, il y a une synéchie. L'œil est larmoyant, photophobe. La région péri-orbitaire est le siège de douleurs très aiguës.

Je m'informe tout de suite si le malade n'a pas reçu de traumatisme ; je demande s'il n'y a jamais eu d'attaque rhumatismale, s'il n'a jamais contracté la syphilis. Ses réponses sont négatives. Je fais sans résultat l'examen le plus minutieux de la gorge, des diverses régions ganglionnaires. Je trouve cependant dans la région sous-maxillaire gauche deux cicatrices anciennes témoins d'adénites suppurées que le malade a eues à l'âge de 9 ans. Pressé enfin par mes questions, il finit par me dire qu'il était en puissance de blennorrhagie depuis 15 jours, affection pour laquelle il avait consulté M. Mauriac à l'hôpital du Midi. Il faisait un traitement *ad hoc* depuis 10 jours. Les articulations étant saines, voulant trouver une cause prédisposante

qui pût me donner l'explication de son iritis, j'examinai les urines et n'y trouvai ni sucre ni albumine.

L'auscultation pulmonaire ne révéla rien d'anormal. Cependant notre malade contractait facilement des bronchites l'hiver, et il m'apprit qu'un de ses oncles, frère de son père, était mort tuberculeux. Néanmoins, il est, lui, d'une apparence de santé assez bonne, et il ne présente d'autre tare diathésique que les deux cicatrices du cou que nous avons signalées.

On lui prescrit l'application de cinq sangsues à la tempe que l'on renouvelle quatre jours après, l'instillation des gouttes d'atropine et le sulfate de quinine à la dose d'un gramme par jour. L'iritis se maintient sans trop de changement pendant quelques jours, mais du douzième au dix-septième jour, elle guérit avec une rapidité extraordinaire. Le pus s'était résorbé, la chambre antérieure avait repris sa transparence, la vision s'améliorait chaque jour, il ne restait que la synéchie inférieure que nous avions constatée.

Entre temps la blennorrhagique, elle aussi, s'était amendée, l'écoulement, sans être tari, avait changé de caractère, et tout annonçait une guérison prochaine.

Je ne revis plus mon malade, lorsque vers le milieu de 1886, il se représente à la clinique avec une iritis intense du même oeil, mais sans hypopyon cette fois.

Il avait contracté une nouvelle gonorrhée 10 jours auparavant. On institua le même traitement oculaire que précédemment, et 12 jours après l'iritis était guérie.

Enfin, en novembre 1887, notre malade revient pour la troisième fois; il a depuis 20 jours une nouvelle blennorrhagie, et depuis 2 jours une nouvelle iritis, toujours du même côté. Mais cette fois elle est bien plus légère, car, à la première atteinte, il a, de sa propre autorité, fort de l'expérience du passé, appliqué des sangsues et instillé de l'atropine.

Mais, comme les deux fois précédentes, il *n'y a pas eu la moindre manifestation articulaire*. Sept jours après, l'œil était guéri. Il ne s'était pas fait de nouvelles synéchies. L'examen des urines renouvelé ne donna pas davantage de résultat.

OBSERVATION XIII

(Merax, in *Annales d'oculistique*, 1893).

Iritis récidivante blennorrhagique.

M. Dup..., 35 ans, se présente à la clinique du Dr Parinaud, le 22 décembre 1892, pour iritis à hypopyon.

Ce malade ne présente aucune tare héréditaire ; lui-même a été très bien portant jusqu'à l'âge de 20 ans. Il n'a jamais eu d'accès franc de rhumatisme articulaire aigu et ne présente aucun antécédent, aucune manifestation syphilitique, paludéenne ou tuberculeuse.

A l'âge de 20 ans, il a contracté une blennorrhagie assez intense, qui, au huitième jour, s'est compliquée d'une hydarthrose du genou droit et a nécessité un alitement d'un mois ; le malade a présenté en même temps une iritis assez intense atteignant les deux yeux, accompagnée de douleurs péri-orbitaires très vives, d'un trouble manifeste de la vue et d'injection vive de la conjonctivite et des vaisseaux péri-kératiques. Cette iritis a guéri ainsi que l'hydarthrose au bout d'un mois.

Un mois après il a eu une nouvelle poussée plus légère dans l'œil droit seulement, poussée qui n'a duré qu'une huitaine de jours ; mais à partir de cette époque il a eu régulièrement et à intervalle d'un an ou 18 mois une poussée d'iritis atteignant un œil ou les deux simultanément et guérissant en une dizaine de

jours avec les instillations d'atropine. Depuis sa première uréthrite, il en a contracté quatre autres, et à chaque nouvelle inoculation la blennorrhagie uréthrale s'est compliquée d'hydarthrose du genou droit ou gauche, une fois même des deux simultanément. La dernière poussée d'iritis (il y a 18 mois) s'est accompagnée d'un léger hypopyon. Cet hypopyon a persisté pendant une douzaine de jours, puis s'est résorbé et l'œil est redevenu normal. L'accès a été un peu plus douloureux que les précédents.

Aujourd'hui le malade vient consulter, en raison des vives douleurs qu'il a ressenties ; habitué à ces poussées d'iritis, il avait coutume de se soigner lui-même par les instillations d'atropine.

La poussée d'iritis a débuté il y a quatre jours et l'hypopyon s'est développé le troisième jour. L'hypopyon est actuellement peu considérable et les douleurs sont moins aiguës que la veille. L'iris est un peu injecté. Injection périkeratique assez marquée. Léger dépôt pigmentaire sur la capsule antérieure du cristallin. Pas de synéchies. Le malade n'a pas eu de recrudescence de son écoulement uréthral, mais il n'a jamais pu se débarrasser de son uréthrite chronique.

Le malade n'a pas pu être suivi.

OBSERVATION XIV (résumée).

(Buckers. *Klin. Monatsblätter f. Augenheilk*, 1886).

Blennorrhagies, conjonctivites, iritis et arthropathies.

Un individu de 29 ans contracte en 1882 une première blennorrhagie accompagnée de conjonctivite double et d'arthropa-

thies. Deux ans après, nouvelle blennorrhagie avec arthrite du genou et iritis de l'œil droit. En 1885, troisième blennorrhagie accompagnée de rhumatisme blennorrhagique et d'irido-cyclite de deux yeux. Retour des accidents oculaires et articulaires quatre mois après *sans nouvelle inflammation uréthrale*. Enfin en 1884, dernière poussée constatée de rhumatisme blennorrhagique avec réapparition de l'écoulement uréthral, irido-cyclite et iritis gauche.

OBSERVATION XV

(Mengin de Caen, *in Recueil d'ophtalmologie*, 1880).

Ophtalmologie purulente double, compliquée d'arthropathies.
Guérison complète à droite, incomplète à gauche. *Six mois après*
iritis droite.

M. L..., 28 ans, cultivateur, contracte au commencement d'octobre 1889 une uréthrite, laquelle se complique vers la fin de décembre d'ophtalmie purulente double. Bientôt de nouvelles complications surviennent : c'est une arthrite tibio-tarsienne gauche, suivie d'arthrite du poignet gauche et du pied droit. Grâce aux soins énergiques et assidus, six semaines après, la maladie est complètement conjurée à droite, où il ne reste qu'une conjonctivite de médiocre intensité, la cornée est saine et l'acuité normale. A gauche un vaste staphylôme pellucide se dessine.

Le 14 août 1880, c'est-à-dire six mois après l'avoir vu pour la première fois, le malade nous est reconduit par son père, la tête enveloppée de linges qui lui protègent la vue.

L'œil gauche est le siège d'un vaste staphylôme irido-cornéen,

absolument indolore et sans injection périkeratique, non sensible à la palpation.

C'est à droite que les accidents sont survenus depuis cinq jours. Toute la muqueuse bulbaire présente la teinte rouge la plus intense, l'iris a perdu sa couleur, la pupille est rétrécie et adhérente dans la presque totalité de son petit cercle avec la capsule antérieure. La chambre antérieure est remplie d'un liquide louche qui semble épais, masque la pupille et empêche absolument d'éclairer le fond de l'œil avec le miroir. A l'éclairage latéral, on ne trouve ni abcès, ni condylômes sur la surface antérieure de l'iris, et il n'y a pas trace d'hypopyon. L'œil est le siège de douleurs intermittentes et violentes, mais qui ne se font pas sentir dans le front, ni dans la tempe; ces douleurs restent localisées dans l'œil. Le malade ne peut compter les doigts à 20 centimètres et voit à peine une ombre passer quand on promène la main devant lui. Notons de plus une photophobie intense.

En l'espace d'une demi-heure, on instille cinq fois plusieurs gouttes d'une solution atropine au dixième sans obtenir la moindre dilatation, et le traitement suivant est alors prescrit : appliquer six sangsues à la tempe, les laisser saigner $\frac{3}{4}$ d'heure, et instiller immédiatement après, pendant trois heures, toutes les dix minutes environ, une ou deux gouttes d'une solution d'atropine au dixième. On recommande au malade de ne pas avaler sa salive tant que dureront ces instillations et on le prévient des précautions à prendre en cas d'intoxications par l'atropine. De plus, les jours suivants, il continuera ces instillations trois fois par jour, et prendra tous les jours un décigramme de calomel en dix paquets.

Notons en passant, que les douleurs articulaires sont restées plus ou moins chroniques et que le malade marche difficilement.

Le 19, c'est-à-dire trois jours après, il revient.

L'injection périkeratique a diminué manifestement, la pupille s'est élargie, mais elle a conservé encore quelques adhérences en dehors et en haut. Le malade compte les doigts à 30 centimètres. On prescrit six sangsues et atropine, *ut supra*.

Le 2 septembre, quinze jours plus tard, dernière visite.

Il reste à peine un peu d'injection périkeratique, toutes les adhérences sont rompues; on voit de nombreux dépôts d'urée sur la capsule antérieure, l'humeur aqueuse semble normale comme aspect, on éclaire très bien le fond de l'œil; le malade compte les doigts à 4 mètres, et nul doute, que lorsque l'effet de l'atropine aura disparu, la vision de près ne redevienne assez satisfaisante.

La maladie était donc conjurée, et n'étaient les dépôts d'urée qui persisteront toujours, elle eût même guéri sans laisser aucune trace; elle eut même guéri très rapidement, si l'on considère surtout l'intensité des symptômes inflammatoires. Nous n'avons plus revu le malade.

DACRYOADÉNITE

La pathologie des glandes lacrymales a été, dans ces dernières années, l'objet d'études intéressantes. Ainsi Schmidt, Todd et après eux Gayat et Brière (*Ann. d'ocul.*, 1874) ont donné une description détaillée de la dacryoadénite aiguë.

L'année suivante Variot dans sa thèse nous rapporte des cas de dacryoadénites aiguës survenues, soit à la suite de traumatisme, soit de refroidissement. M. Galewski (*Rec. d'opht.*, 1884) rapporte un cas de dacryoadénite double accompagnée de gonflement parotidien et sous-maxillaire. En 1891 Elsching (*Centralbl. f. pr. Augenh.*), donne une description magistrale de dacryoadénite aiguë *a frigore*.

La même année Lindner dans « *Wiener medic. Woch* » cite la dacryoadénite comme complication de la grippe.

L'année suivante Schröder dans « *Klin. Monatsbl.* » décrit la dacryoadénite au cours des oreillons, variété assez fréquente, bien décrite par Hirschberg, Dufour, Dor et résumée dans la thèse de Leriche.

D'autres auteurs signalent cette affection au cours de la scarlatine, rougeole, rhumatisme, etc., etc...

La blennorrhagie, elle aussi, peut donner lieu à la dacryoadénite. C'est une complication rare de cet état morbide, et à part des faits rapportés pour la première fois par Seelligsohn dans « *Klin. Monatsbl* » de 1891, nous ne connaissons que le cas publié par M. le professeur Panas en 1894, dans la « *Revue générale de clinique et de thérapeutique* ».

M. Armaignac est par erreur bibliographique quelquefois signalé, comme ayant publié un cas; dans une lettre, qu'il a bien voulu nous adresser à ce sujet, M. Armaignac rectifie l'erreur.

C'est de cette variété de dacryoadénite que nous voulons parler.

C'est chez l'homme et à l'âge adulte, que cette affection a été notée.

Parmi les symptômes, qui en révèlent l'existence, il faut citer en premier lieu la douleur, laquelle peut être spontanée ou provoquée, continue ou intermittente; elle siège dans la portion orbitaire ou palpébrale de la glande. En général, il y a hypersécrétion des larmes. La paupière supérieure est augmentée de volume, oedématisée, de couleur rouge lie de vin, surtout dans sa moitié externe. En la soulevant, on voit que la conjonctive est très hyperhémiee, qu'il y a du chémosis séreux et que l'œil est refoulé en bas et en dedans par une tumeur molle, douloureuse au toucher, et de nature franchement inflammatoire.

Celle-ci, d'un volume et d'une couleur variable, com-

mence à la commissure palpébrale et occupe la moitié externe du cul-de-sac supérieur qu'elle distend. Presque toujours il se manifeste des troubles généraux, fièvre, anorexie et de l'insomnie.

L'affection, d'habitude bilatérale, est accompagnée de conjonctivite et même d'iritis, comme dans le cas de M. Panas, en même temps que des manifestations articulaires du rhumatisme blennorrhagique.

M. A. Terson croit qu'il serait peut-être intéressant de rechercher l'existence possible de la dacryoadénite au cours de l'ophtalmie purulente grave, et d'établir ainsi une parallèle entre l'orchite blennorrhagique et la dacryoadénite de même origine.

Le rebord orbitaire n'est pas douloureux à la pression, ce qui doit faire éliminer l'hypothèse d'abcès d'origine osseuse. Il ne faudrait pas non plus confondre la dacryoadénite avec une chalazion enflammée; car ce dernier a une situation plus basse, en plein tarse, est immobile, tandis que la glande enflammée peut être facilement séparée de la paupière; il suffit de faire regarder le malade en bas et en dedans, ou bien de retourner la paupière, dans le cas où cela est possible.

La marche de l'affection est assez rapide et la résolution est la règle. Le pronostic est essentiellement bénin, puisque dans les observations publiées jusqu'à ce jour, la guérison a toujours été obtenue après un délai de quelques semaines.

Des simples lavages boriqués et des pulvérisations chaudes en constituent tout le traitement.

OBSERVATION XVI

(Leçon de M. le professeur Panas à l'Hôtel-Dieu, et publiée dans la
« *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1894), »
*Dacryoadénite, iritis et conjonctivite séro-vasculaire d'origine
blennorrhagique.*

Un jeune homme se présente au commencement de l'année 1894, à la consultation de M. Panas, à l'Hôtel-Dieu. Son père a été très longtemps tourmenté par un eczéma chronique. Lui-même ne présentait pas de manifestations rhumatismales antérieures ; il était menuisier et travaillait régulièrement dans un rez-de-chaussée sombre et très humide.

Il se présente avec les paupières gonflées, la tête basse pour éviter de recevoir en face une lumière trop vive. Il a une sécrétion conjonctivale assez abondante, s'écoulant toutes les fois qu'on cherche à entr'ouvrir les paupières contractées, mais cette sécrétion est purement séreuse ; il y a beaucoup de larmes mélangées de filaments muqueux insignifiants. Le malade ne souffre presque pas de ses yeux. On constate de plus qu'il s'avance avec peine, en boitant et en traînant la jambe gauche : il raconte que sa cheville et son genou, de ce côté, étaient tuméfiés et douloureux. Enfin dans son histoire l'événement promoteur de ces divers accidents est une blennorrhagie, dont il a été atteint dans les premiers jours du mois de novembre 1893. Cette blennorrhagie, la première, lui a laissé un léger suintement urétral, des urines troubles et une miction encore désagréable. C'est environ six semaines après le début de l'écoulement que, simultanément, il a commencé à éprouver des souffrances assez

intenses au niveau de son cou-de-pied gauche qui a rougi et s'est enflé au point de faire disparaître tous les méplats de la cheville, et que ses yeux ont rougi, en même temps que les paupières s'œdématisaient. La paupière supérieure du côté droit a toujours été beaucoup plus volumineuse que celle du côté gauche, et cet œil plus photophobe que l'autre.

En examinant de plus près les deux yeux, en tenant les paupières écartées avec les releveurs de Desmarres, on constate : du côté droit, la rougeur générale, qui est la même, est encore plus accentuée autour de la cornée et forme un véritable cercle de réplétion vasculaire périkeratique, qui correspond à une lésion des membranes internes de l'œil. L'iris est décoloré, l'humeur aqueuse un peu louche, enfin la pupille est déformée et il y a plusieurs petites synéchies sans exsudats plastiques. Il y a une *iritis* de moyenne intensité, en même temps qu'un état particulier d'*hyperhémie des conjonctives avec sécrétion séreuse*, une vraie conjonctivite séro-vasculaire.

En priant le malade de diriger son œil droit en bas et en dedans, on voit une énorme saillie rougeâtre, lobulée, aussi grosse qu'un haricot, occupant tout le tiers externe du cul-de-sac supérieur. En même temps la palpation fait reconnaître une sorte de masse dure occupant la région de la fossette lacrymale de l'orbite : c'est la glande lacrymale elle-même, enflammée et augmentée de volume : il y a donc en plus une *dacryo-adénite* très remarquable, unilatérale pour le moment, n'entraînant pas d'exophtalmie à cause de ses dimensions médiocres.

Le traitement à instituer est le suivant :

Salicylate de soude 4 grammes par jour ; puis plus tard les iodures alcalins.

Des simples lavages boriqués et des pulvérisations chaudes faciliteront la guérison de la dacryo-adénite aussi bien que de la conjonctivite.

Quant à l'iritis, les instillations d'atropine sont à recommander, mais à appliquer modérément, pour éviter la production de cataracte.

OBSERVATION XVII

(Seeligsohn. *Klin. Monatsbl. f. Aug.*, 1891).

Blennorrhagie. Dacryo-adénite.

G., 21 ans, joaillier, vient consulter M. Seeligsohn le 9 avril 1890.

A l'examen du malade on constate :

Gonflement et rougeur de deux paupières.

La paupière supérieure est augmentée de volume et couvre les deux tiers supérieurs de la cornée. La conjonctive bulbaire est gonflée, tendue, élastique, de couleur jaune-rougeâtre et couvre surtout le côté externe de la cornée. A la palpation, on sent nettement les glandes accessoires tuméfiées. La conjonctive palpébrale est hyperhémisée, mais non gonflée. La pression à la partie externe de la paupière supérieure est douloureuse ; pas de sécrétion ; la cornée est transparente.

Le malade pense avoir senti subitement, le 7 avril dans l'après-midi, un écoulement des larmes de l'œil droit ; le lendemain il y avait aussi un écoulement des larmes du côté gauche, un peu de douleur frontale et de la fièvre. Dans l'après-midi et pendant la nuit les yeux se sont fermés, de sorte que le malade pouvait à peine se conduire tout seul pour venir à la consultation.

Le malade a toujours été bien portant ; pas de trace de scrofule.

Il y a 6 mois il contracte une blennorrhagie ; à l'examen de

l'urèthre, on constate un très léger rétrécissement de la partie membraneuse ; il y a toujours un léger suintement uréthral ; pas de gonocoques. Les ganglions pré-auriculaires ne sont pas engorgés.

Le lendemain le malade est ramené à la consultation. Le gonflement des paupières était extrême, les glandes lacrymales encore plus volumineuses, les glandes accessoires nettement appréciables à la palpation, aucune sécrétion. Le malade entre à la clinique. Application de la glace.

Les jours suivants l'état du malade s'améliore sensiblement ; et le 15 avril il reste un peu de gonflement des paupières ; les glandes lacrymales sont nettement diminuées, mais tout de même encore un peu appréciables.

Le 18 avril, on ne sent plus de glandes accessoires. Les paupières et la conjonctive bulbaire sont normales ; il y a un peu de sécrétion conjonctivale, laquelle disparaît après 8 jours de traitement au sulfate de zinc.

OBSERVATION XVIII

(Seeligsohn. *Klin. Mon. f. Aug.*, 1891).

Blennorrhagie. Dacryoadénite.

W..., 31 ans, ouvrier, vient consulter M. Seeligsohn le 2 juillet 1890.

On constate sur le côté externe des deux paupières supérieures, dans la région des glandes lacrymales, un léger gonflement de la peau, sans rougeur.

A la palpation, on constate du côté gauche un gonflement élastique, dur, long de 1 1/2 centimètre environ, faisant saillie

de 2 mm. sous le sillon palpébral supérieur. On sent nettement les glandes accessoires.

A droite, on sent une tumeur tendue comme une corde, longue de 1 centimètre, qui fait saillie sous le sillon palpébral supérieur, et divisée par des brides transversales en plusieurs bosselures, grosses comme un pois. Au renversement des paupières, on voit à la place de la tumeur, la conjonctive palpébrale tuméfiée. La tumeur est difficile à déplacer et peu sensible à la pression.

Les ganglions préauriculaires ne sont pas tuméfiés.

Le malade remarqua la tumeur il y a 14 jours.

Au mois de décembre 1890 il contracte une blennorrhagie, il y a actuellement un rétrécissement urétral près de l'orifice externe; l'urine contient quelques filaments, mais pas de gonocoques. Le malade entre dans la clinique; il est mis à l'iodure de potassium.

Les jours suivants, le gonflement augmente, de sorte que le malade peut à peine ouvrir les paupières.

A partir du 8 juillet, on remarque une diminution progressive des tumeurs; la sensation de gêne a disparu.

Le 9 août, le malade est présenté au X^e congrès international de médecine (section ophtalmologique), les tumeurs n'avaient qu'une grosseur d'un petit haricot.

Le 28 septembre, elles n'avaient qu'une grosseur d'un pois et de consistance molle.

Il est à présumer qu'elles disparaîtront prochainement tout à fait.

TÉNONITE

La ténonite, ou inflammation de la bourse conjonctive rétro-oculaire, est une affection peu commune. Elle n'a pourtant pas manqué depuis longtemps d'attirer l'attention des auteurs.

O. Ferral, le premier, signale cette affection en 1891. C. de Villards, vers la même époque, décrivait l'*hydropisie de la bourse fibreuse de Tenon*, et indiquait sa nature rhumatismale. Depuis cette époque, la question fut reprise par beaucoup d'autres auteurs, parmi lesquels nous citerons : Mackenzie, De Wecker, Solberg Wels, Friedberg, Schweigger, Berlin, Graefe, Feoster, Knapp, Linhart, Mooren, enfin, M. le professeur Panas (*Arch. d'opht.*, 1883).

Comme causes étiologiques de la ténonite, les auteurs citent l'opération de la strabotomi, la scarlatine, la rougeole, les oreillons et surtout le rhumatisme, l'action du froid.

Mais nulle part nous n'avons rencontré la blennorrhagie comme cause prédisposante de la ténonite. Ce n'est qu'au commencement de cette année que M. Puech (de Bordeaux) fait mention de ténonite blennorrhagique.

En voici l'observation *in-extenso*.

OBSERVATION XIX

(M. Puech de Bordeaux in « Clinique ophtalmologique », 1895).

Blennorrhagie. Ténonite.

François R..., charretier, employé chez un déménageur de la ville. Dans ses antécédents, sauf l'alcoolisme, qui est l'état habituel du malade, il ne présente rien de saillant, à l'exception toutefois d'une blennorrhagie aiguë datant de trois semaines. Revenant d'un déménagement à la campagne par un vent froid et violent, il ressent à un certain moment dans le côté gauche de la face et dans l'œil du même côté une douleur assez intense. En entrant chez lui, il constate que son œil est rouge ; les douleurs persistent. Pour les amoindrir, il se lave fréquemment avec de l'eau froide. Durant toute la nuit ces douleurs augmentent d'intensité, empêchant tout sommeil. Au jour, les paupières, mais principalement la supérieure, est un peu enflée et il a grande peine à entr'ouvrir son œil. Pendant toute la journée les douleurs reviennent par accès souvent très douloureux, tant dans le front que dans le fond de l'orbite et le malade ne peut plus entr'ouvrir ses paupières. C'est à ce moment qu'il vient consulter M. Puech, le surlendemain, par conséquent, au début de l'affection.

Voici le résultat de notre examen : chute complète de la paupière supérieure avec léger œdème marqué surtout au niveau du bord ciliaire. Avec beaucoup d'effort le malade réussit à entr'ouvrir ses paupières sur une hauteur de 1 millimètre à peine. L'effort ne peut être maintenu que pendant quelques secondes. En entr'ouvrant les paupières, de façon à examiner le

globe, ce dernier se montre en exophtalmie fort apparente, et l'on perçoit un chémosis incolore assez accentué pour former tout au pourtour de la cornée un petit bourrelet bien saillant. L'œil est immobile, comme figé dans l'orbite ; tous ses mouvements sont réduits dans tous les sens à une excursion si peu marquée qu'il faut beaucoup d'attention pour les constater. La pupille a conservé ses dimensions, et ses réactions, tant à la lumière qu'à l'accommodation, sont normales. Acuité V=I. L'examen ophtalmoscopique montre une papille normale ; les veines sont peut-être un peu augmentées de volume. La pression exercée au devant du globe et tendant à le repousser détermine une douleur assez vive.

Le traitement employé a été le suivant : tous les matins pendant 5 jours, à l'aide d'un petit pinceau à aquarelle, badigeonnage en une seule couche de teinture d'iode de deux paupières. Pansement ouaté occlusif. Potion au chloral pendant la nuit. Un verre d'eau purgative tous les 2 jours. Du sixième au dix-septième jour, fomentations chaudes souvent renouvelées dans la journée. A ce moment le malade ouvre presque complètement ses paupières, et les muscles de l'œil ont repris une grande portion de l'amplitude de leurs mouvements.

Le vingt-unième jour les mouvements sont complètement revenus, mais se font lents et toujours avec une douleur sourde et le malade accuse pendant plus de huit heures après l'examen un malaise qui l'oblige à se coucher.

Le vingt-neuvième jour les mouvements oculaires sont complètement revenus, le malade tient son œil bien ouvert et sans grande fatigue, peut vaquer à ses occupations, mais conserve encore actuellement, c'est-à-dire deux mois après l'apparition de l'affection, quelques douleurs qui reviennent par accès.

NÉVRITE OPTIQUE

Les désordres provoqués par la blennorrhagie, maladie générale, du côté du système nerveux, quoique rares, ne font pas l'ombre d'un doute et sont notés depuis longtemps.

Le premier en date des mémoires publiés à ce sujet est celui de E. Home, qui en 1803 rapporte un cas de sciatique blennorrhagique.

Stanley en 1833 et Gull en 1856, citent deux cas identiques.

Peter lit à la Société médicale des hôpitaux de Paris, en 1846, une observation de sciatique double et Pidoux un cas de méningite spinale purulente d'origine blennorrhagique.

M. le professeur Fournier dans les « *Ann. de dermatol. et syph.* » 1869, publie des cas de sciatique blennorrhagique. En 1877, paraît la thèse de Bonnet sur les complications cérébrales de la blennorrhagie.

M.M. Hayem et Parmentier, font paraître dans la « *Revue de Médecine* », de 1888, un mémoire complet sur les manifestations spinales de la blennorrhagie.

L'année suivante, Dufour publie sa thèse sur le même sujet.

M. le professeur Panas fait connaître, en 1890, la névrite optique (*Sem. médic.*), et en rapporte un deuxième cas au mois de février 1895 (*Presse médic.*) ; dans l'intervalle Fischel signale dans « *Prag. Medic. Wochensch* », 1891, un cas de surdité brusque et complète, due à la névrite blennorrhagique du nerf auditif.

On voit donc, par ce qui précède, que la blennorrhagie peut provoquer des manifestations du côté du système nerveux, et la névrite optique en particulier.

Ce qui caractérise cette variété de névrite optique, c'est que l'abolition de la vision, qu'on a observée dans ces cas, a été brusque et unilatérale ; l'œil est amblyope : le malade arrive à peine à compter les doigts à la distance de 1 mètre et demi. Le champ visuel du côté du malade est rétréci concentriquement ; le sens chromatique paraît normal ; pas de diplopie ; la pupille est notablement élargie ; le reflexe lumineux et accomodateur est tantôt conservé, tantôt aboli. L'examen ophtalmoscopique donne des renseignements précieux : la papille est œdématisée, infiltrée, ses contours sont voilés, flous, mal limités, les veines sont dilatées, flexueuses ; les artères petites, filiformes. A l'image droite la pupille est saillante à l'intérieur de l'œil.

L'œil resté en apparence normal, présente à l'examen ophtalmoscopique des lésions analogues à celles du côté opposé quoique à un degré moindre.

Le pronostic de cette affection n'est pas sans gravité, étant donnée surtout l'absence du traitement efficace à

opposer aux infections gonococciques ; on est alors amené à appliquer les moyens usités dans toutes les atrophies optiques, c'est-à-dire le traitement par l'iodure de potassium et les piqûres à l'huile biiodurée.

OBSERVATION XX

Leçon de M. le professeur Panas à l'Hôtel-Dieu, publiée dans la
Semaine médicale, 1890.

Névrite optique d'origine blennorrhagique.

X..., garçon boucher de 29 ans, robuste et bien musclé, mais au teint pâle et anémique, vient à l'Hôtel-Dieu consulter M. Panas pour des troubles visuels. Ses antécédents personnels sont bons ; le père et la mère vivent et se portent bien, ainsi que trois frères ou sœurs. Notre homme n'a jamais fait de maladie ; il n'accuse non plus aucun excès d'alcool ou de tabac. Il y a 4 ans il contracte une blennorrhagie qui dure six mois et dont le début fut marqué par des hématuries qui persistèrent quatre jours et qui survenaient à la fin de la miction ; il eut également un rhumatisme blennorrhagique généralisé. Dans le courant de 1889 nouvelle blennorrhagie ; les symptômes aigus ont duré 4 mois, mais la sécrétion n'a jamais été complètement tarie et persiste sous forme de goutte militaire. Au cours de la période aiguë, des douleurs très vives se sont montrées, qui l'ont tenu au lit pendant près de trois mois ; toutes les articulations ont été prises successivement les unes après les autres et c'est surtout la région fessière qui a été le siège principal des douleurs. Il a été cloué sur son lit dans l'impossibilité absolue de se retourner et, phénomène remarquable, sans aucun

œdème ni épanchement, soit de la région des gaines tendineuses, soit au niveau des articulations.

Le 6 octobre dernier, il entre dans une glacière et a la notion très nette d'un refroidissement. Il est pris aussitôt de douleurs de tête très violentes qui nécessitent un repos au lit de 10 jours. Le médecin qui a été appelé prescrit un traitement des plus anodins (inhalation de décoction de sureau).

Le 17 octobre, 11 jours après le début des accidents, le malade va mieux et profite d'une belle journée pour faire une petite promenade. Le lendemain il constate que la vision est complètement perdue du côté droit. Quelques jours après il se présente à la consultation des Quinze-Vingt, où l'on diagnostique une atrophie optique *a frigore*; enfin préoccupé il vient nous demander conseil. Il affirme de la manière la plus nette qu'il voit parfaitement de l'œil gauche, dont l'acuité visuelle n'a jamais diminué.

Actuellement les manifestations articulaires et sciatiques ont complètement disparu; il ne reste plus que quelques douleurs dans la région sourcilière droite. Le système nerveux paraît en bon état, les réflexes rotuliens sont parfaitement conservés.

L'œil droit est complètement amaurotique; il ne distingue pas le jour de la nuit. La pupille est notablement élargie, bien que cette mydriase ne soit pas maxima; le réflexe lumineux et le réflexe accommodateur sont abolis. L'ophtalmoscope donne des renseignements précieux: la papille est manifestement atrophique; néanmoins cette atrophie n'est pas encore complète, car le tissu nerveux n'est pas de ce blanc mat crayeux, n'a pas cet aspect de pain à cacheter qu'on retrouve chez les vieux ataxiques. Elle est d'un blanc rosé, et nous ne pouvons admettre qu'un nerf en voie de dégénérescence et non un processus atrophique complet. Les veines ont conservé leur distribution, mais elles sont dilatées et flexueuses, les artères au

contraire sont petites, presque filiformes. Et non seulement la papille n'est pas blanche, mais elle est louche et ses limites peu nettes ; ses bords sont cachés et on passe sans transition du tissu nerveux au tissu rétinien. Tous ces signes sont ceux d'une inflammation de la papille. A l'image droite on la trouve saillante à l'intérieur de l'œil ; le sommet est le point culminant, et en passant sur ce véritable dôme, les vaisseaux décrivent des crochets assez accentués. En poussant plus loin l'examen ophtalmoscopique, on constate que la papille n'est pas seule malade, mais que le tissu rétinien lui-même participe à l'inflammation. Du côté temporal, par conséquent, entre la papille et la macula, il existe un pointillé fin qui témoigne que les fibres nerveuses de la rétine sont le siège d'un œdème analogue. La lésion est donc la même : la névrite a « débordé » sur la rétine et nous avons affaire manifestement à une neurorétinite. Mais le mal n'en est pas à sa période ultime, et peut-être le traitement arrivera-t-il à en arrêter l'évolution.

L'œil gauche est resté bon en apparence et, à ce sujet, il est à noter qu'il est toujours indispensable d'examiner les deux yeux. Le malade n'accuse aucune modification de ce côté, mais nous ne nous en sommes pas tenus à son dire ; nous avons pris son acuité visuelle, qui est égale à 1 ; son champ visuel n'est pas rétréci ; c'est à peine s'il existe une très légère bande à la partie supérieure et interne. Et cependant l'ophtalmoscope a montré que la papille gauche était le siège d'une lésion analogue à celle du côté opposé, mais à un degré moindre, il est vrai.

La *papillite* se présente avec les mêmes caractères atténués ; il ne manque ici que le pointillé blanc qui a été signalé du côté temporal.

Toutefois nous avons affaire à la même lésion qui n'est pas encore assez accentuée à gauche pour amener une gêne fonctionnelle.

Quant à localiser la lésion, il faut repousser le siège orbitaire à cause de la bilatéralité de la lésion ; l'origine nucléaire est aussi à repousser à cause de l'absence de la paralysie des filets iriens, et il faut admettre une lésion de cause basilaire. On arrive ainsi à croire à une poussée de méningite de la base avec exsudation séreuse, qui a retenti surtout sur le nerf optique droit, sans doute parce que, sa gaine était plus perméable que celle du côté gauche. Tous les commémoratifs nous entraînent vers ce diagnostic ; ce début si brusque, cette céphalalgie si bien localisée et dont nous trouvons encore des traces, cette élévation de température, nous permettent d'être affirmatif.

L'hypothèse de méningite tuberculeuse est à rejeter, car rien ne la justifie. Nous ne pouvons, évidemment, nous contenter aujourd'hui de l'épithèse *a frigore*, qui ne ferait que masquer notre ignorance. Rappelons-nous les antécédents personnels de ce malade : il est sous l'influence d'une intoxication blennorrhagique, il est manifestement infecté : il a eu de la céphalée, il a eu du lumbago, une sciatique double, toujours symptomatique d'une lésion médullaire ; il a eu cette impotence qui va jusqu'à la paraplégie, que la position horizontale exagérât et qui l'empêchait de se retourner dans son lit.

Notre malade a donc fait une poussée de méningite le jour où il s'est refroidi. Son cas est grave, mais non désespéré. Nous allons tâcher d'enrayer l'évolution de cette neuro-rétinite ; mais, comme nous ne connaissons pas encore de traitement efficace à opposer au gonocoque, nous lui appliquerons les moyens thérapeutiques usités dans toutes les atrophies optiques.

OBSERVATION XXI

(Leçon de M. le professeur Panas à l'Hôtel-Dieu, publiée dans la

« Presse médicale » 1895.

Névrite optique d'origine blennorrhagique.

Un jeune homme de 26 ans, grand et robuste, mais pâle et anémique, se présente à la consultation de M. Panas à l'Hôtel-Dieu, pour des troubles graves du côté de l'œil.

C'est un garçon de café. Dans ses antécédents héréditaires rien d'intéressant. Il faisait, il y a un an encore, partie d'une société de francs-tireurs, ce qui indique qu'à ce moment sa vue était excellente. Il n'a pas eu la syphilis, pas de rhumatisme, pas de fièvre éruptive : mais il y a plusieurs années qu'il est atteint d'une blennorrhagie chronique qui, de temps en temps, subit une recrudescence plus ou moins longue. Il raconte que depuis un an environ il se voit, tous les mois, obligé de s'aliter pendant quelques jours, parce qu'il souffre de douleurs violentes le réveillant plusieurs fois dans la nuit. Ces douleurs, profondes, constrictives, siègent principalement dans les régions lombaire et sacrée, d'où elles s'irradient vers le petit bassin et les membres inférieurs. Du côté des membres inférieurs c'est une sensation de brûlure, d'éclairs traversant la cuisse et le mollet, de coups de poignard, suivant sa propre expression. Ce sont donc des véritables douleurs fulgurantes, qui siègent de deux côtés sur le trajet du sciatique et du crural. Du côté du petit bassin, ce sont surtout des douleurs vésicales, des envies fréquentes et impérieuses d'uriner, une miction douloureuse accompagnée de spasmes du col de la vessie, l'émission

d'une urine épaisse, trouble, ammoniacale ; entre les accès, l'urine est d'ailleurs claire et la miction régulière.

Notons en outre que le malade a constaté une dépression génitale très marquée.

Pas de troubles moteurs ni sensitifs. Le réflexe patellaire est un peu exagéré du côté droit. Il n'y a pas non plus de troubles trophiques. Malgré l'intégrité de la nutrition et de la motilité des membres inférieurs, la névralgie sciatique double survenant périodiquement, s'accompagnant de troubles vésicaux, de douleurs lombaires, nous force à localiser dans le segment inférieur de la moelle l'origine de tous ces ordres.

L'état des yeux est des plus intéressants. Au point de vue fonctionnel, l'œil gauche ne révèle aucune anomalie. L'œil droit est amblyope : c'est avec peine que le malade peut compter les doigts à la distance de 1 mètre 1/2. Son champ visuel est rétréci concentriquement, mais il présente, en outre, un véritable scotome à la partie inférieure et interne.

Le sens chromatique est aussi parfait que le permet la faible acuité visuelle : nous lui avons fait distinguer les différentes couleurs principales, le rouge, le vert, le violet, et j'ai insisté avec intention sur ce point, car c'est là une notion de grande valeur, au point de vue du diagnostic causal. Le malade n'accuse d'ailleurs aucun autre trouble : pas de photopsie, pas de diplopie. La pupille réagit normalement à la convergence ; le tonus de l'œil n'est pas modifié.

L'examen ophtalmoscopique dénote, à l'image renversée, une papillo-névrite simple des mieux caractérisée. La papille, d'un aspect louche, à bords un peu flous, mal limités, est parcourue par des vaisseaux capillaires nombreux ; les veines, qui ont conservé leur distribution normale, sont turgescents, tortueuses ; les artères, au contraire, sont petites, filiformes.

À l'image droite, la papille paraît légèrement saillante, et

dans le corps vitré, on distingue une fine poussière qui n'empêche pas de voir assez nettement le fond de l'œil. Ce trouble léger du corps vitré n'est nullement dû à une choréïdite : depuis longtemps je considère la rétine comme le placenta du vitré et du cristallin ; il n'est donc pas étonnant de voir ces derniers subir le contre-coup d'un trouble inflammatoire de la membrane nourricière.

Du côté gauche, l'ophtalmoscope nous fournit des renseignements précieux : l'œil, resté en apparence normal, est le siège d'une lésion analogue à celle du côté opposé, mais à un degré moindre : il y a une légère nébulosité de la papille, avec turgescence des veines, qui ne saurait passer inaperçue.

Essayons maintenant de localiser la lésion, en nous fondant sur les renseignements cliniques que fournit l'examen du malade. Et d'abord il est permis d'affirmer que le siège n'est pas intracrânien : pas plus *nucléaire*, parce que l'iris a conservé ses réflexes sans myosis ni mydriase, ni inégalité pupillaire, que *basilaire*. Une lésion méningitique de la base est presque toujours caractérisée par l'élévation de la température, par des céphalées plus ou moins violentes que notre malade n'a jamais ressenties ; d'autre part l'amblyopie, d'ordinaire bilatérale, s'accompagne de stase papillaire et souvent de paralysie d'un ou de plusieurs des muscles du globe, y compris le releveur de la paupière.

Dans le cas actuel, le nerf optique seul est pris, absolument comme dans les névrites dites descendantes ou périnévrites d'ordre périphérique. Tout cela nous conduit à rechercher dans la moelle l'origine de la névrite optique.

L'agent toxique qui a produit cette lésion ne peut être l'alcool ou le tabac, bien que le métier de garçon de café soit souvent une raison suffisante pour invoquer leur action. En pareil cas, l'amblyopie est presque toujours bilatérale et s'accompagne

toujours de dyschromatopsie et d'un scotome central quasi pathognomonique.

Il est à présumer, que l'infection gonococcique s'est localisée ici dans l'extrémité inférieure de la moelle, retentissant sur les nerfs sciatiques et aussi sur le nerf optique droit. La lésion médullaire n'a guère pu se propager à ce dernier par continuité, comme cela s'observe dans certaines myélites, celle du mal de Pott, par exemple ; il s'agit plutôt d'une localisation indépendante, sous l'influence de la même cause, la blennorrhagie.

L'état de notre malade n'est pas sans gravité. D'abord, il est à craindre que, dans un avenir prochain, l'œil, en apparence sain, ne devienne également amblyope ; ensuite nous ne connaissons pas encore le traitement efficace à opposer aux infections gonococciques. Nous prescrivons donc le traitement des papillonnévrites en général : iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour, et dans une quinzaine un traitement antiseptique général par les piqûres à l'huile biiodurée.

Vu par le président de la thèse
POTAIN.

Vu : le doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — Traité des maladies des yeux, 1884.
- ARMAIGNAC. — Revue d'oculistique, 1884.
- BONNET. — Des complications cérébrales du rhumatisme blennorrhagique. Thèse Paris, 1877.
- BOQUIN. — Du rhumatisme oculaire et de ses principales manifestations. Thèse Paris, 1884.
- BRIÈRE. — Annales d'ocul., 1874.
- BÜCKERS. — Klin. Monatsbl. für Augenh., 1886.
- DESPAGNET. — Recueil d'ophtalmologie, 1888.
- DOR. — Archives d'ophtalm., 1893.
- ELSCHING. — Centralb. f. Augenh., 1891.
- FISCHER. — Prag. med. Wochens., 1891.
- FOURNIER. — Art. Blennorrhagie in Nouveau diction. de méd. et chir. pr.
- Union méd., 1866-1867.
 - Annales de dermat., 1869.
 - Gazette des Hôpit., 1885-1886.
- FRAGNE. — De la conjonctivite blennorrhagique séro-vasculaire sans inoculation. Thèse Paris, 1888.
- GALEZOWSKI. — Gazette des Hôp., 1867.
- Traité des mal. des yeux, 1880.
 - Recueil d'opht., 1887-1888.

- GAYAT. — Annales d'ocul., 1874.
- HATENHOFF. — Archive f. Augenh., 1884.
- LERICHE. — De la dacryoadénite ourlienne. Th. Paris, 1893.
- MACKENSIE. — Traité des maladies des yeux.
- MENGIN. — Recueil d'ophtalm., 1880.
- MESNET. — Contribution à l'étude de la blennorrhagie infectieuse. Th. Paris, 1884.
- MORAX. — Annales d'oculistique, 1893 et 1895. Recherches bactériologiques sur l'étiologie des conjonctivites aiguës et sur l'asepsie dans la chirurgie oculaire. Th. Paris, 1894.
- PANAS. — Traité des maladies des yeux. Archives d'ophtalmologie, 1883. Journal des praticiens, 1894. Sem. médicale, 1890. Presse médicale, 1895.
- PUECH. — Clinique ophtalmol., 1895.
- PUECHAGUT. — De la ténionite d'origine rhumat. Th. Paris, 1884.
- ROI. — De la névrite optique rhumat. Th. Paris, 1884.
- SOUPLET. — La blennorrhagie maladie générale. Th. Paris, 1893.
- SEELIGSOHN. — Klin. monatsbl. f. Augenh., 1891.
- TIXIER. — Considération sur les accidents à forme rhumat. de la blennorrhagie. Th. Paris, 1864.
- TROUSSEAU. — Revue clin. d'ocul., 1886.
- DE WEEKER. — Traité des maladies des yeux.
- VARIOT. — Contribution à l'étude de la dacryoadénite aiguë. Th. Paris, 1875.
- ZIMMERMANN. — Klin. Monatsbl. f. Augen., 1895.

